

## مقاله‌ی پژوهشی

پیش‌بینی تغییرات ادراک خارش در بیماری‌های مزمن پوستی  
بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، اضطراب و افسردگی

## خلاصه

**مقدمه:** خارش، علامت اصلی بسیاری از بیماری‌های پوستی است که تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران دارد. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تغییرات ادراک خارش در بیماری‌های مزمن پوستی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، اضطراب و افسردگی بود.

**روش کار:** در این مطالعه با روش نمونه‌گیری تصادفی تعداد ۲۰۰ بیمار با تشخیص بیماری‌های پسوریازیس، درماتیت آتوپیک و کهیر مزمن که طی فصول تابستان و پاییز ۱۳۹۳ به کلینیک پوست بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد و بخش نوردرمانی مراجعه کرده بودند، در صورت دارا بودن شرایط ورود پس از اعلام رضایت در پژوهش شرکت کردند. داوطلبان به پرسش‌نامه‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی و پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی پاسخ دادند. برای بررسی ادراک خارش از مقیاس آنالوگ دیداری و پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی مبتلایان به خارش استفاده شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری داده‌ها محاسبه گردید.

**یافته‌ها:** ویژگی‌های شخصیتی و آشفتگی‌های روان‌شناختی در مجموع می‌توانند ۷۰/۵ درصد از واریانس ادراک خارش را تبیین نمایند. در این میان افسردگی ( $P < ۰/۰۰۰۱$ )، خلق منفی ( $P < ۰/۰۰۰۱$ )، خودآگاهی عمومی ( $P < ۰/۰۰۴$ ) و بازداری اجتماعی ( $P < ۰/۰۰۹$ ) بیشترین سهم را داشته‌اند.

**نتیجه‌گیری:** ویژگی‌های شخصیتی، اضطراب و افسردگی در ادراک خارش اثرگذار هستند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، افسردگی، بیماری‌های پوستی، خارش،

شخصیت

\*راضیه لطفی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی دانشگاه پیام نور  
تهران و مربی دانشگاه پیام نور، طبس، ایران  
احمد علیپور  
استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور،  
تهران، ایران

مرتضی ترخان  
دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران،  
ایران  
ولی... فرزاد  
دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران،  
ایران

مسعود ملکی  
استاد گروه پوست، دانشکده پزشکی، دانشگاه  
علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

\*مؤلف مسئول:

دانشگاه پیام نور، طبس، ایران

lotfi.r@skpnu.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۱۱/۰۱

تاریخ تایید: ۹۴/۰۵/۲۱

## پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی دکترای بوده و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری کارکنان اداری و کادر درمانی بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد و بیماران عزیز، تقدیر و تشکر می‌شود.

## مقدمه

خارش، احساس ناخوش آیندی است که میل به خاراندن را برمی- انگیزد و پدیده‌ای گسترده در جمعیت عمومی (۱) و به خصوص در بیماری‌های پوستی بوده (۲) و نشانه‌ی عمده در بیماران مبتلا به درماتیت آتوپیک، کهیر و پسوریازیس است (۳).

خارش ممکن است موضعی یا منتشر و از خیلی خفیف تا خیلی شدید یا از خاریدن و نوعی حرکت خزشی تا سوختن و تیرکشیدن متغیر باشد. وقتی موضعی و گذرا است رنجش جزئی ایجاد می‌کند اما اگر شدید و منتشر باشد تحمل‌ناپذیر و کلاً ناتوان‌کننده بوده و حتی می‌تواند بیماران را به سمت خودکشی سوق دهد (۴).

اثر منفی خارش بر روان بیماران و کیفیت زندگی ایشان در مطالعات مربوط به بیماری‌های گوناگون آشکار شده است (۵).

در مطالعه‌ای در مبتلایان به پسوریازیس گزارش شده که وجود خارش بر روی خلق (۶۰٪ بیماران)، خواب (۳۵٪)، تمایلات جنسی (۲۱٪) و اشتهای بیماران (۱۱٪) اثر داشته است (۶). خارش ممکن است دلایل متعددی داشته باشد و واکنش‌های زیستی متعددی وجود دارند که با رخداد خارش همراهند (۷) اما خارش در ارتباط با متغیرهای روان- شناختی نظیر وضعیت خلقی بیماران نیز هست. به عنوان مثال اخیراً در مطالعه‌ای مشخص شده است که هیجانات منفی بر اثر مشاهده‌ی فیلم‌ها، شدت خارش را در زنان سالم افزایش می‌دهد (۸).

در مطالعه‌ای حالت خشم با افزایش خارش در بیماران کهیر مزمن همراه بود. در حالی که افسردگی با افزایش خارش در بیماران پسوریاتیک همراه بوده است (۹). به علاوه در این بیماران، خاراندن همانند نگرانی با افزایش خودارزیابی خارش در چهار هفته‌ی بعد و تنها در زمان‌هایی که تنش‌زاهای روزمره زیاد بود، همراه گردید (۱۰).

این یافته‌ها همراه با این حقیقت که شدت خارش نمی‌تواند همیشه با شدت بیماری پوستی به طور کامل توجیه شود به ارایه‌ی مدل زیستی- روانی- اجتماعی خارش منجر شد (۱۱). در این مدل فرض می‌شود عوامل درونی (نظیر ویژگی‌های شخصیتی) همراه با عوامل بیرونی (نظیر تنش‌زاهای منجر به شناخت‌های معین، واکنش‌ها و یا رفتارهای اجتماعی می‌شود که ممکن است بر واکنش‌های جسمی اثر بگذارد (۱۲).

هدف مطالعه‌ی حاضر، پیش‌بینی تغییرات ادراک خارش در بیماری‌های مزمن پوستی بر اساس ویژگی‌های شخصیتی، اضطراب و افسردگی، هم- چنین شناخت جنبه‌های جدیدتری از شخصیت بود که تصور می‌رود با ادراک خارش در ارتباط باشند و در حد اطلاع ما تا کنون مورد بررسی قرار نگرفته‌اند.

## روش کار

جامعه‌ی آماری این پژوهش همبستگی- کاربردی شامل بیماران مبتلا به پسوریازیس، کهیر و درماتیت آتوپیک مراجعه‌کننده در تابستان و پاییز ۱۳۹۳ به درمانگاه‌های تخصصی پوست بیمارستان‌های امام رضا (ع) و قائم (عج) مشهد و بخش‌های نوردرمانی آن‌ها بود.

از این جامعه‌ی آماری، به دلیل نبود اطلاعات جامع در مورد تعداد بیماران مبتلا، برای انتخاب حجم نمونه از نرم‌افزار G.power استفاده و نمونه‌ی حداقل ۱۸۰ نفر پیشنهاد شده است که در پژوهش حاضر برای احتیاط بیشتر ۲۱۰ نفر انتخاب و با توجه به کامل نبودن برخی پرسش‌نامه- ها، ده نفر از روند پژوهش حذف شدند. این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری هدف‌مند (به دلیل این که دسترسی به گروه نمونه‌ی هدف در محیط‌های خاصی مثل درمانگاه، مطب یا بیمارستان امکان‌پذیر است و دسترسی در این محل‌ها به این قبیل بیماران برای معرف بودن می‌باشد) انتخاب شده‌اند و با روش نمونه‌گیری تصادفی در دسترس پس از تشخیص بیماری توسط متخصص و داشتن ملاک‌های ورود بیمارانی که نسبت به شرکت در آزمون اعلام رضایت می‌کردند، نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها اقدام نمودند. به افراد ضمن توضیح در مورد اهداف، نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات و مختار بودن در انصراف، اطمینان داده شد.

ملاک‌های ورود شامل باسود بودن، تشخیص بیماری پسوریازیس، کهیر و درماتیت آتوپیک توسط پزشک، حداقل سن ۱۴ و حداکثر ۶۵ سال، عدم مصرف داروی ضد خارش در ۲۴ ساعت پیش از مطالعه و عدم سابقه‌ی بستری به خاطر بیماری پوستی بود.

ملاک‌های خروج شامل شرایط همراه نظیر روماتیسم مفصلی، مشکلات قلبی، تنفسی و کلیوی، حاملگی، دیابت، سوءمصرف مواد و اختلالات روانی شدید بود که بیمار به خاطر آن‌ها دارو دریافت می‌کند.

## ابزار پژوهش

الف- مقیاس آنالوگ دیداری<sup>۱</sup> (VAS): آزمودنی باید روی این مقیاس ده درجه‌ای بیشترین میزان خارش تجربه شده را درجه‌بندی کند.

ب- پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به خارش<sup>۲</sup> (Ditch Qol): توسط دسی<sup>۳</sup> و همکارانش در سال ۲۰۰۸ ارایه شده و شامل ۲۶ سؤال است. این پرسش‌نامه سه محور اساسی شامل علائم، عملکرد و احساسات را ارزیابی نموده و در طیف لیکرت (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) تنظیم شده است و نمره‌گذاری به ترتیب نمره‌ی ۱ برای هرگز و نمره‌ی ۵ برای همیشه در نظر گرفته می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط تار و همکاران در بیماران پوستی توام با خارش اعتباریابی شده و نتایج آلفای کرونباخ در این پرسش‌نامه برای محور

<sup>۱</sup>Visual Analog Scale<sup>۲</sup>Itch Quality of Life<sup>۳</sup>Desai

## نتایج

در این مطالعه تعداد ۲۰۰ بیمار مبتلا به پُسیوریازیس، کهیر و درمانیت آتوپیک مورد بررسی قرار گرفتند که اطلاعات جمعیت‌شناختی و توصیفی ایشان در جدول ۱ نشان داده شده است.

**جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی و توصیفی بیماران مبتلا به پُسیوریازیس، کهیر و درمانیت آتوپیک**

متغیر	فراوانی	درصد	انحراف استاندارد
جنس	زن	۱۴۳	۷۱/۵
	مرد	۵۷	۲۸/۵
وضعیت تاهل	متاهل	۱۲۵	۶۲/۵
	مجرد	۷۵	۳۷/۵
نوع بیماری	اگزما	۸۶	۴۳
	کهیر	۱۶	۸
	پُسیوریازیس	۹۸	۴۹
	سابقه‌ی بیماری	کمتر از ۲ سال	۶۰
منطقه‌ی درگیر	۲ تا ۵ سال	۵۰	۲۵
	بیش از ۵ سال	۹۰	۴۵
	تنه	۱۰	۵
	دست	۲۶	۱۳
	پا	۱۰	۵
	صورت	۵۳	۲۶/۵
	منتشر	۱۰۱	۵/۵۵

بنا بر جدول ۱، بیشتر آزمودنی‌ها زن و اکثراً متاهل بوده و بیماران مبتلا به پُسیوریازیس درصد بیشتری از آزمودنی‌ها را تشکیل داده‌اند و در تعداد بیشتری از بیماران، بیماری به صورت منتشر وجود داشته است.

جدول ۲ به بررسی ضرایب همبستگی میان ادراک خارش با خرده مقیاس‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی و اضطراب و افسردگی بیمارستانی پرداخته است.

**جدول ۲- ضرایب همبستگی میان ادراک خارش با خرده‌مقیاس‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی و اضطراب و افسردگی بیمارستانی**

متغیر پیش‌بین	ضریب همبستگی	تعداد	متغیر ملاک (ادراک خارش)
خلق منفی	۰/۶۱	۲۰۰	سطح
بازداری اجتماعی	۰/۴۲	۲۰۰	سطح
اضطراب بیمارستانی	۰/۶۵	۲۰۰	سطح
افسردگی بیمارستانی	۰/۷۸	۲۰۰	سطح
خودآگاهی عمومی	۰/۲۶	۲۰۰	سطح
خودآگاهی خصوصی	-۰/۰۴۸	۲۰۰	سطح
اضطراب اجتماعی	۰/۵۹	۲۰۰	سطح

علایم ۰/۶۶، برای محور اختلال عملکردی ۰/۸۴ و محور احساسات نیز ۰/۸۴ به دست آمده است (۱۳).

ج- پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی: شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تشخیص و سابقه‌ی ابتلا به بیماری و ناحیه‌ی درگیر می‌باشد.

د- پرسش‌نامه‌ی اضطراب و افسردگی بیمارستانی<sup>۱</sup> (HADS): این پرسش‌نامه‌ی چهارده سؤالی برای وجود و شدت نشانه‌های افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) در طی هفته‌ی گذشته در بیماران طراحی شده است. در مجموع از هر قسمت ۲۱ امتیاز کسب می‌شود. امتیاز صفر تا هفت به معنای سالم بودن، هشت تا ده اختلال بینابینی و امتیاز یازده و بالاتر، مشکوک به اختلال در نظر گرفته می‌شوند. نقطه‌ی برش برای مقیاس اضطراب و افسردگی ۶ به دست آمده است. جمعیت مورد بررسی، نوجوانان ۱۶ سال به بالا تا سالمند است. این پرسش‌نامه ابزار غربالگری مفید و مختصر برای نشانه‌های افسردگی و اضطرابی در بیماران با مشکلات جسمی ارائه می‌کند. اعتبار و روایی آن در ایران توسط منتظری بررسی شده و آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است (۱۴).

ه- مقیاس خودآگاهی<sup>۲</sup> (SCS): این مقیاس خودسنجی شامل ۲۴ گویه است و پاسخ به گویه‌های آن با استفاده از مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از بسیار موافقم تا بسیار مخالفم صورت می‌گیرد. این مقیاس دارای سه مولفه‌ی خودآگاهی خصوصی، خودآگاهی عمومی و اضطراب اجتماعی است. لطیفیان و سیف، طی مطالعه‌ای پایایی و روایی آن را در دانشجویان بررسی کردند. شواهد حاصل از همبستگی درونی بین ابعاد این مقیاس هم‌سو با پژوهش ریلو و الیک<sup>۳</sup> نشان از روایی سازه‌های این مقیاس داشت. پایایی ابعاد سه‌گانه‌ی آن نیز با محاسبه‌ی آلفای کرونباخ احراز شد. این ضرایب به ترتیب برای خودآگاهی خصوصی و عمومی و اضطراب اجتماعی ۰/۷۱، ۰/۵۷ و ۰/۸۴ به دست آمدند که حاکی از همسانی درونی قابل قبول نمره‌های مقیاس هستند (۱۵).

و- تیپ شخصیت D<sup>۴</sup> سؤالی: این پرسش‌نامه توسط دنولت<sup>۴</sup> در ۱۹۹۸ طراحی شده است و دو ویژگی کلی شامل عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. آزمودنی بر اساس یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) به هر ماده پاسخ می‌گوید. ضریب آلفای کرونباخ، عاطفه‌ی منفی و بازداری اجتماعی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمده است (۱۶).

داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ بررسی شدند.

<sup>۱</sup>Hospital Anxiety and Depression Scale

<sup>۲</sup>Self-Consciousness Scale

<sup>۳</sup>Rillo and Ellik

<sup>۴</sup>Denollet

۰/۳۹	۰/۱۰۲	۱/۷۲	۰/۸۷	اضطراب بیمارستانی
۲/۰۹	۰/۵۶	۹/۰۸	۰/۰۰۱	افسردگی بیمارستانی
۶۵/۵۷	۸۴	۷۰/۵	۰/۵۴	خودآگاهی عمومی
۰/۸۴	۰/۱۲۷	۰/۰۶۲	۱/۲۸	خودآگاهی خصوصی
۰/۳۴	۰/۱۰۶	۱/۴۰	۰/۱۶۳	اضطراب اجتماعی

رگرسیون خطی چندگانه (جدول ۳) نشان داد متغیرهای مدل در مجموع می توانند ۷۰/۵ درصد از واریانس ادراک خارش را تبیین کنند و در این میان، سهم خلق منفی و افسردگی بیمارستانی به نسبت سایر متغیرها بیشتر بوده است.

جدول ۴، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه‌ای مربوط به ادراک خارش و خرده‌مقیاس‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی، اضطراب و افسردگی بیمارستانی با روش گام به گام را نشان می‌دهد.

بنا بر جدول ۲ تمام متغیرهای پیش‌بین با متغیر ادراک خارش، ارتباط معنی‌دار داشته‌اند. این ارتباط در مورد اضطراب و افسردگی بیمارستانی و خلق منفی بیشترین مقدار و در زمینه‌ی خودآگاهی خصوصی، کمترین و ارتباط خودآگاهی خصوصی و ادراک خارش، معکوس بوده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان ادراک خارش در بیماران پوستی را بر اساس خرده‌مقیاس‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی، اضطراب و افسردگی بیمارستانی نشان می‌دهد.

### جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان ادراک خارش در بیماران

پوستی بر اساس خرده‌مقیاس‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی،

متغیرها	F	R	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	t	P
خلق منفی	۱/۰۶	۰/۳۱	۳/۲۶	۰/۰۰۱			
بازداری اجتماعی	۰/۶۰۷	-۰/۲۱۳	-۲/۶۲	۰/۰۰۹			

### جدول ۴- نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه مربوط به ادراک خارش و خرده‌مقیاس‌های تیپ شخصیتی D، خودآگاهی، اضطراب و افسردگی

بیمارستانی با روش گام به گام

متغیر ملاک	شاخص آماری متغیرهای پیش‌بین	همبستگی چندگانه تعیین (RS)	ضریب تعیین (MR)	نسبت (F)	B و $\beta$ ضرایب رگرسیون	۱	۲	۳	۴
۱- افسردگی	۷۷/۹	۶۰/۷	F=۳۰۵/۶۸	B=۲/۹۲	B=۲/۳۵	B=۲/۳۶	B=۲/۳۲		
			P=۰/۰۰۰۱	$\beta$ =۰/۷۸	$\beta$ =۰/۶۳	$\beta$ =۰/۶۳	$\beta$ =۰/۶۲		
			t=۱۷/۴۸	t=۱۲/۷۹	t=۱۳/۳۰	t=۱۳/۱۵			
			P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱			
ادراک خارش	۸۱/۴	۶۶/۳	F=۱۹۴	B=۱/۳۵	B=۰/۸۵	B=۰/۹۶			
			P=۰/۰۰۰۱	$\beta$ =۰/۴۰	$\beta$ =۰/۲۵	$\beta$ =۰/۲۸			
			t=۵/۷۴	t=۵/۱۶	t=۴/۹۵				
			P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱				
۳- افسردگی، خلق منفی و خودآگاهی عمومی	۸۲/۹	۶۸/۷	F=۱۴۳/۵۱	B=۰/۹۰	B=-۱/۰۵				
			P=۰/۰۰۰۱	$\beta$ =۰/۱۴	$\beta$ =۰/۱۶				
			t=۳/۲۷	t=-۳/۸۷					
			P=۰/۰۰۰۱	P=۰/۰۰۰۱					
۴- افسردگی، خلق منفی، خودآگاهی عمومی و بازداری اجتماعی	۸۳/۴	۶۹/۵	F=۱۱۱/۳۱	B=-۰/۴۸					
			P=۰/۰۰۰۱	$\beta$ =۰/۱۷					
			t=-۲/۲۹						
			P=۰/۰۲۳						

خودآگاهی، تنها خودآگاهی عمومی نقش پیش‌بینی‌کننده‌ای در ادراک خارش داشته‌اند. سایر متغیرها کمک معنی‌داری به توان مدل نکرده لذا از مدل حذف شده‌اند. در گام دوم با وارد کردن هم‌زمان افسردگی و خلق منفی به عنوان متغیرهای پیش‌بین ضریب همبستگی چندگانه به ۸۱/۴ و ضریب تعیین (RS=۶۶/۳) در سطح  $P=۰/۰۰۰۱$  در پیش‌بینی ادراک

بنا بر جدول ۴ و بر اساس تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی گام به گام از میان متغیرهای آشفتگی روان‌شناختی، ارتباط افسردگی با ضریب همبستگی چندگانه ۷۷/۹ و ضریب تعیین (RS=۶۰/۷) در سطح  $P=۰/۰۰۰۱$  با ادراک خارش معنی‌دار است. از سوی دیگر از میان مولفه‌های تیپ شخصیتی D خلق منفی و بازداری اجتماعی و از مولفه‌های

و درد، راه عصبی مرکزی واحدی دارند. ارتباط بین درد و افسردگی مدت‌ها است که شناخته شده هر چند پایه‌ی حقیقی این ارتباط به احتمال زیاد چندعاملی است و هنوز جای بحث دارد. ممکن است خارش و افسردگی نیز به روش مشابهی به هم مرتبط باشند (۱۸).

در خصوص ویژگی‌های شخصیتی، نتایج حاکی از آن است که تعدیل-کننده‌های روان‌شناختی پیشنهاد شده برای تجربه‌ی خارش ممکن است مسئول تفاوت‌های شخصیتی در گزارش تجربیات با مقیاس آنالوگ دیداری باشد. ویژگی‌های شخصیتی از طریق تاثیرگذاری بر میزان اضطراب و افسردگی فرد می‌توانند ارتباط غیر مستقیمی نیز با خارش داشته باشند. همین‌طور نگرانی و درماندگی که اجزای شناختی اضطراب و افسردگی محسوب می‌شوند و هر دوی این عوامل با ادراک خارش مرتبط بوده‌اند (۱۷).

یکی از ویژگی‌های شخصیتی که طی دو دهه‌ی اخیر بیش از پیش به نقش آن در بهداشت روانی توجه شده، خودآگاهی است. خودآگاهی متشکل از سه بعد خودآگاهی خصوصی، خودآگاهی عمومی و اضطراب اجتماعی است. از این میان، خودآگاهی عمومی در پژوهش حاضر هم‌سو با نتایج پژوهش اسکوات<sup>۳</sup> و همکاران (۱۲) ارتباط بیشتری با ادراک خارش داشته است.

بیماران با درمانت‌های آتوپیک و پسیوریازیس احساس انگ‌زدگی کرده (۱۹) و احساس مشاهده شدن انتقادی یا طرد توسط دیگران دارند. این توضیح با این یافته، متناسب است که بیماران درمانت‌های آتوپیک نسبت به گروه‌های سالم احساس نامشخص‌تر و تعیین شده‌تری از دیگران نسبت به خود دارند و عزت نفس‌شان پایین‌تر است (۱۲).

مشخص شده که انگ‌زدگی با سطح بالای خارش در بیماران مبتلا به پسیوریازیس و درمانت‌های آتوپیک مرتبط است (۲۰).

تیپ D شخصیت دو بعد عمده‌ی خلق منفی و بازداری اجتماعی را دربرمی‌گیرد. خلق منفی با تمایل به تجربه‌ی هیجانات منفی قوی نظیر اضطراب، خشم، خصومت و زودرنجی مرتبط است. بازداری اجتماعی در قالب تمایل به خودداری فرد از بیان و رفتارهای مرتبط با هیجانات تعریف می‌شود (۲۱).

مطالعه‌ی النیک<sup>۴</sup> بر بیماران پسیوریازیس نشان می‌دهد که این بیماران، تمایل به اجتناب از فاصله از دیگران و عدم موافقت با آن‌ها دارند. این با نمرات بالای آن‌ها در توافق‌طلبی، ناخشنودی و سلطه‌گری کمتر که ممکن است به عنوان ساز و کار محافظتی استفاده شده در این بیماران برای ترس از طرد یا بر ضد تبعیض تفسیر شود، هم‌خوانی دارد. مطالعات دیگر نشان داده‌اند بیماران پسیوریاتیک نمرات پایین‌تری در صفات

خارش، افزایش یافته است. در گام سوم ورود متغیر خودآگاهی عمومی بر توان آزمون افزوده است ( $MR=۸۲/۹$ ،  $RS=۶۸/۷$  و  $P=۰/۰۰۰۱$ ). با ورود متغیر بازداری اجتماعی در گام چهارم ضریب همبستگی چندگانه به  $۸۳/۴$  و ضریب تعیین در سطح  $P=۰/۰۰۰۱$  به  $۶۹/۵$  افزایش یافت.

## بحث

در این مطالعه ارتباط بین خارش، آشفستگی‌های روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی در میان گستره‌ای از اختلالات خارش پوست با مولفه‌های روان‌تنی مشخص شامل پسیوریازیس، درمانت آتوپیک و کهیر ایدیوپاتیک مزمن، بررسی گردید. تمام این بیماری‌ها جزء ایمنی‌شناختی دارند و عوامل روان-عصب-ایمنی‌شناسی ممکن است نقش میانجی در پاسخ روان‌تنی داشته باشند (۱۲).

خارش تجربه شده، مدت زمان آن و اوج خارش تجربه شده به متغیرهای شخصیتی بستگی دارد. مدل‌سازی رگرسیون چندمتغیری در مطالعه‌ی میزری<sup>۱</sup> نشان داد که حدود ۷۰ درصد واریانس کل در این اندازه‌گیری‌ها مثل نوروزگرایی و اضطراب صفت و مقادیر افسردگی توسط متغیرهای شخصیتی پیش‌بینی می‌شود (۱۷).

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد آشفستگی‌های روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصیتی ارتباط معنی‌داری با ادراک خارش داشته‌اند و در مجموع ۷۰/۵ درصد از واریانس ادراک خارش را پیش‌بینی کرده و افسردگی، بیشترین ارتباط را با ادراک خارش داشته است. در این خصوص، حالت بالینی افسردگی ممکن است بر شدت خارش تاثیر بگذارد. به عنوان مثال سطح خارش قبل و بعد از درمان پوستی استاندارد (به عنوان مثال استروئید موضعی یا پرتوی فرابنفش B) در بیماران پسیوریازیس به میزان زیادی با تغییرات در افسردگی قبل و بعد از درمان همراه بوده است (۱۱). هم‌سو با نتایج این پژوهش در پژوهش ریچ<sup>۲</sup> و همکاران، شدت درمانت آتوپیک با افزایش سطوح اضطراب در کودکان و افسردگی با شدت خارش در درمانت آتوپیک، پسیوریازیس و کهیر مزمن همراه بوده است (۶).

جنبه‌ی اجباری رفتار خودکنی ممکن است با مصرف ضد افسردگی‌های معین نظیر کلومی‌پرامین و فلوکستین کاهش یابد که هم‌زمان با تضعیف چرخه‌ی خارش-خاراندن، خارش را کاهش دهد. اساس اثربخشی ضد افسردگی‌ها در وضعیت‌های خارش عموماً به توان آنتی-هیستامینی آن‌ها نسبت داده می‌شود. بنابراین ساز و کار حقیقی زیربنایی اثربخشی آن‌ها ناشناخته است. دیگر آن که خارش نظیر انواع معین درد توسط رشته‌های عصبی کوتاه بدون میلین هدایت می‌شود و نورون‌های سطح دوم اسپینوتالامیک بالارونده را همراهی می‌کنند. از این رو خارش

<sup>۳</sup>Schut<sup>۴</sup>Unik<sup>۱</sup>Misery<sup>۲</sup>Reich

بیماری به عنوان عامل تاثیرگذار در شدت ادراک خارش چشم پوشی شده است. ارزشمند است که در پژوهش های آتی این امر لحاظ شود.

### نتیجه گیری

ویژگی های شخصیتی، اضطراب و افسردگی در ادراک خارش اثرگذار هستند. از این رو توجه به درمان های روان شناختی در کنار درمان های پزشکی می تواند امکان درمان جامع تری را برای بیماران مبتلا به بیماری های پوستی توأم با خارش فراهم کند.

خودشیفتگی دارند، بیشتر جهت گیری نوع دوستانه و به سمت دیگران داشته و کمتر در مقابل انتقاد، پرخاشگری می کنند (۲۲).

از این رو عوامل شخصیتی درونی ممکن است افراد را نسبت به خارش آسیب پذیرتر کرده یا احتمال آن را زمانی که فرد با وقایع تنش زای زندگی مواجه می شود، افزایش دهد (۲).

مطالعات بالینی مقید به ماهیت ذهنی متغیر خارش و دشواری در درجه بندی آن هستند که از محدودیت های پژوهش محسوب می شود. هم چنین با توجه به عدم امکان سنجش شدت بیماری برای محقق، از شدت

### References

1. Mattered U, Apfelbacher CJ, Loerbroks A, Schwarzer T, Büttner M, Ofenloch R, et al. Prevalence, correlates and characteristics of chronic pruritus: a population-based cross-sectional study. *Acta Derm Venereol* 2011; 91(6): 674-9.
2. Dalgard F, Svensson Å, Holm J, Sundby J. Self-reported skin morbidity in Oslo. Associations with sociodemographic factors among adults in a cross-sectional study. *Br J Dermatol* 2004; 151(2): 452-7.
3. Zuberbier T, Maurer M. Urticaria: Current opinions about etiology, diagnosis and therapy. *Acta Derm Venereol* 2007; 87(3): 196-205.
4. Darsow U, Pfab F, Valet M, Huss-Marp J, Behrendt H, Ring J, et al. Pruritus and atopic dermatitis. *Clin Rev Allergy Immunol* 2011; 41(3): 237-44.
5. Reich A, Hrehorow E, Szepietowski JC. Pruritus is an important factor negatively influencing the well-being of psoriatic patients. *Acta Derm Venereol* 2010; 90(3): 257-63.
6. Tey HL, Wallengren J, Yosipovitch G. Psychosomatic factors in pruritus. *Clin Dermatol* 2013; 31(1): 31-40.
7. Paus R, Schmelz M, Biró T, Steinhoff M. Frontiers in pruritus research: scratching the brain for more effective itch therapy. *J Clin Invest* 2006; 116(5): 1174.
8. Van Laarhoven A, Walker A, Wilder-Smith O, Kroeze S, Van Riel P, Van De Kerkhof P, et al. Role of induced negative and positive emotions in sensitivity to itch and pain in women. *Br J Dermatol* 2012; 167(2): 262-9.
9. Conrad R, Geiser F, Haidl G, Hutmacher M, Liedtke R, Wermter F. Relationship between anger and pruritus perception in patients with chronic idiopathic urticaria and psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008; 22(9): 1062-9.
10. Verhoeven E, Kraaijaat F, De Jong E, Schalkwijk J, Van De Kerkhof P, Evers A. Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: a prospective study. *Br J Dermatol* 2009; 161(2): 295-9.
11. Verhoeven EW, De Klerk S, Kraaijaat FW, Van De Kerkhof P, De Jong EM, Evers AW. Biopsychosocial mechanisms of chronic itch in patients with skin diseases: A review. *Acta Derm Venereol* 2008; 88(3): 211-8.
12. Schut C, Bosbach S, Gieler U, Kupfer J. Personality traits, depression and itch in patients with atopic dermatitis in an experimental setting: A regression analysis. *Acta Derm Venereol* 2014; 94(1): 20-5.
13. Tari N, Mahmoodi H, Hosseini SH, Balighi K, Daneshpazhooh M. [Structural reliability and validity of Persian translation of itchyQoL. *Journal of dermatology and cosmetic* 2012; 3(2): 92-9. (Persian)
14. Ebadi A, Moradian ST, Feyzi F, Asiabi M. Comparison of hospital anxiety and depression among patients with coronary artery disease based on proposed treatment. *Iranian journal of critical care nursing* 2011; 4(2): 97-102. (Persian)
15. Latifian M, Saif D. [Evaluating the effects of self-awareness on interpersonal relationships disorders of university students]. *Journal of humanities and social sciences of Shiraz University* 2007; 26(3): 137-50. (Persian)
16. Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67(1): 89-97.
17. Misery L. Pruritus: Interaction between pruritus and stress or other psychosomatic factors. USA: Springer; 2010: 206-9.
18. Gupta MA, Gupta AK, Schork NJ, Ellis CN. Depression modulates pruritus perception: A study of pruritus in psoriasis, atopic dermatitis, and chronic idiopathic urticaria. *Psychosom Med* 1994; 56(1): 36-40.
19. Hrehorow E, Salomon J, Matusiak U, Reich A, Szepietowski JC. Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm Venereol* 2012; 92(1): 67-72.
20. Lu Y, Duller P, Van Der Valk P, Evers A. Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom* 2003; 4(3): 146-50.
21. Basińska MA, Woźniewicz A. [The relation between type D personality and the clinical condition of patients suffering from psoriasis]. *Postepy Dermatol Alergol* 2013; 30(6): 381. (Polish)
22. Ulnik JC. Psychological evaluation of the dermatology patient: A psychoanalyst's perspective. *Clin Dermatol* 2013; 31(1): 7-11.